

GUÍA DE REFERENCIA LABORAL

Para
PROVEEDORES
INDIVIDUALES



**"Vivimos de lo que
conseguimos, pero nos ganamos
la vida con lo que damos."**

– Sir Wiston Churchill

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
Washington State Department of Social and Health Services

Guía de referencia laboral para proveedores individuales

INTRODUCCIÓN	1
Cómo utilizar la Guía de referencia laboral para proveedores individuales	1
PROCESO DE CONTRATACIÓN	1
Averiguación de antecedentes criminales y toma de huellas digitales	2
Firma del contrato	2
Requerimientos de capacitación	3
Razones por las cuales se puede rechazar un contrato	5
CÓMO COBRAR	6
Planilla de Control de Horas del Proveedor Individual (DSHS 15-051)	6
Cómo completar la Planilla de Control de Horas	7
Ejemplo de Planilla de Control de Horas	8
Aviso de Servicios Sociales del SSPS (DSHS 14-259)	9
Ejemplo de Aviso de Servicios Sociales del SSPS	10
Factura de Servicios del SSPS (DSHS 08-141)	12
Ejemplo de Factura de Servicios del SSPS	13
Invoice Express	15
Cómo utilizar Invoice Express	16
Cómo enviar por correo la Factura de Servicios del SSPS	16
Depósito directo	17
Cómo pedir ayuda	18
Problemas comunes y soluciones para recibir su cheque	18
Aviso de Remesa del Sistema de Órdenes (DSHS 07-071)	19
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL EMPLEO	20
Impuestos	21
Otras deducciones de su Cheque de Pago	21
Cómo obtener evidencia de sus ingresos	21
Compensación por desempleo	21
Seguro de salud - Fondo de Beneficios de Salud para Empleadores Múltiples Sede 775 del SEIU	22
Seguro de Salud - Plan Basic Health	22
Compensación laboral	23
Si abandona su empleo	23
Referencias y verificación de empleo	23
Cuándo puede terminar su contrato	24

La persona a quien usted presta cuidado personal es su empleador.

Cómo utilizar la Guía de referencia laboral para proveedores individuales

La *Guía de referencia laboral para proveedores individuales* comprende varias de las cuestiones que necesita conocer acerca de su empleo. Por favor, lea detenidamente toda la *Guía de referencia*.

Todos los proveedores individuales están representados por un sindicato denominado Sindicato Internacional de Empleados que Brindan Servicios (SEIU) Sede 775. Esto es el resultado del voto mayoritario por parte de los proveedores individuales para formar un sindicato en 2002.

Muchos de sus términos y condiciones de empleo están cubiertos bajo el acuerdo de negociación colectiva de la Sede 775 del SEIU (contrato sindical). La información respecto a su tarifa por hora y cuándo podrá recibir un aumento y sus beneficios de empleo se consignan en el contrato sindical.

Llame gratuitamente a la Sede 775 del SEIU al **1-866-371-3200** si aún no ha recibido una copia de este contrato sindical, si tuviera preguntas respecto al acuerdo de negociación colectiva, al sindicato o a la membresía en el sindicato.

Cuando tenga una pregunta en el futuro, vuelva a revisar esta *Guía de referencia* antes de buscar respuestas en otras personas. Busque en el Índice, al dorso de la tapa, para encontrar rápidamente la información que necesita.

Proceso de contratación

En este empleo, su futuro empleador recibe los servicios a través del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS). Antes de que DSHS pueda pagar, en nombre de su empleador, por los servicios que usted presta, existen requerimientos adicionales y pasos que deberá seguir. Éstos son:

Proceso de contratación

- Entrevista
- Estándares y requerimientos del contrato
- Firma del contrato
- Capacitación

- Tener 18 años de edad o más.
- Presentar una identificación con fotografía y una tarjeta de Seguro Social o una autorización para trabajar en los Estados Unidos. La información de estos documentos debe coincidir. De lo contrario, deberá solicitar una nueva Tarjeta de Seguro Social o identificación con fotografía de manera que la información contenida en los documentos sea consistente.
- Pasar una averiguación de antecedentes criminales y someterse a una toma de huellas digitales.
- Firmar un contrato con DSHS y aceptar las condiciones estipuladas en el mismo.

AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES Y TOMA DE HUELLAS DIGITALES

Se le pedirá que complete una Solicitud de Averiguación de Antecedentes de su Historia Criminal. Si ha vivido en el estado de Washington durante menos de tres años, también será necesario tomar sus huellas digitales. Si su averiguación de antecedentes muestra que ha sido condenado por ciertos delitos, **la legislación del estado le prohíbe ser contratado o recibir pagos a través de los fondos federales o del estado.**

Las averiguaciones de antecedentes se llevarán a cabo como mínimo cada dos años a partir del comienzo de su empleo.

FIRMA DEL CONTRATO

Se le pedirá que revise y firme el *Contrato de Servicios a Clientes de DSHS*. Revise detenidamente este contrato. El contrato describe lo que usted se compromete a hacer al aceptar el pago de DSHS por los servicios prestados a un cliente de DSHS. Debe completarlo y firmarlo antes de poder cobrar. La fecha en que se firma el contrato es la primera fecha a partir de la cual se encuentra en condiciones de cobrar sin importar cuándo comenzó a trabajar.

Se le pedirá que complete y firme dos (2) formularios originales del *Contrato de Servicios a Clientes de DSHS*. También deberán firmar dos copias del contrato el Asistente Social de DSHS o el Administrador de Caso de la Agencia de Área para Ancianos (AAA). Se le devolverá una copia a usted para sus registros. Un representante de la División para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) firma los contratos de DDD.

Si cambiara su nombre, deberá completar un contrato nuevo con el Asistente Social o Administrador de Caso de su empleador. Deberá presentar una tarjeta de Seguro Social y una identificación con foto nuevas al Asistente Social o al Administrador de Caso de su empleador. Se harán copias de cada uno de estos documentos, se firmarán dos contratos nuevos y una copia se le entregará a usted.

Las averiguaciones de antecedentes se llevarán a cabo como mínimo cada dos años a partir del comienzo de su empleo.



Todos los Proveedores Individuales deben completar la capacitación.

REQUERIMIENTOS DE CAPACITACIÓN

La Legislatura del Estado de Washington reconoce la importancia de los servicios prestados por cuidadores como usted. La ley requiere que **TODOS** los cuidadores (excepto los proveedores individuales de cuidado de relevo y cuidado personal de DDD) que atiendan a clientes de DSHS reciban orientación, capacitación básica y educación continua.

Todos los Proveedores Individuales deben tomar el ***Video y el Libro de Ejercicios de Auto-estudio de Orientación para el Cuidador (Caregiver Orientation Workbook Self-Study and Video)*** de dos horas de duración dentro de los **14 días calendario** luego de comenzar a trabajar con el primer cliente de DSHS.

Todos los Proveedores Individuales deben tomar ya sea el curso de capacitación de ***Fundamentos Revisados del Cuidado (Revised Fundamentals of Caregiving)*** o el curso ***de Auto-estudio de los Fundamentos Modificados del Cuidado (Modified Fundamentals of Caregiving Self-Study)*** y la capacitación de seguridad **dentro de los 120 días de empleo**. Podrá tomar o no el curso de *Auto-estudio de los Fundamentos Modificados del Cuidado* dependiendo de su capacitación profesional previa.

ES SU RESPONSABILIDAD INSCRIBIRSE EN EL CURSO DE CAPACITACIÓN Y COMPLETAR EL CURSO DENTRO DEL PLAZO DE 120 DÍAS REQUERIDO A PARTIR DE SU CONTRATACIÓN. Si no completa la clase dentro de los 120 días, **NO SE LE PAGARÁ** ninguna de las horas trabajadas con posterioridad a la fecha límite. Para que se le pague nuevamente como un proveedor individual, deberá asumir el costo y completar los cursos por cuenta propia.

El Administrador de Caso y el Asistente Social que le fueron asignados a su empleador pueden brindarle información acerca de cómo y dónde tomar este curso. Siempre que sea posible, se dictarán las clases en su área.

Para cada año calendario luego de transcurrido el año en que completa el curso *Fundamentos Revisados* o el curso de *Auto-estudio de los Fundamentos Modificados*, debe tomar como mínimo diez (10) horas de **capacitación de educación continua aprobada (CE)**. Los temas de la capacitación CE deben estar relacionados con el cuidado.

Puede completar la capacitación CE en cualquier momento durante el año calendario. Si no cumple con el requisito de CE durante dicho año calendario, no se le abonarán las horas que trabaje luego del 1 de enero del siguiente año calendario.

El Administrador de Caso o el Asistente Social le asistirán para que comprenda y cumpla con el requisito de educación continua. Tendrán además información específica acerca de las clases de educación continua que se dictan en su área.



Se requieren comprobantes de cumplimiento de estas horas de educación continua.

Requerimientos de Capacitación para la Derivación de Tareas de Enfermería

En el caso en que se le deleguen tareas de enfermería, deberá contar con los siguientes requerimientos adicionales de capacitación.

Usted deberá ser Asistente de Enfermería - Certificado o Registrado.

Si usted es ...	Debe haber completado satisfactoriamente la ...
Asistente de Enfermería — Registrado	Capacitación básica (Fundamentos Revisados del Cuidado u otra capacitación básica aprobada por DSHS) y Derivación de Tareas de Enfermería para Asistentes de Enfermería
Asistente de Enfermería — Certificado	Derivación de Tareas de Enfermería para Asistentes de Enfermería

El Administrador de Caso de su empleador puede rechazar un contrato en ciertas circunstancias.

RAZONES POR LAS CUALES SE PUEDE RECHAZAR UN CONTRATO

Aunque su nuevo empleador lo contrate y lo supervise como su Proveedor Individual, el Administrador de Caso o Asistente Social de su empleador puede, según la legislación y regulaciones, rechazar su contrato en ciertas circunstancias.

Por ejemplo, el Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador puede rechazar un contrato si:

- Usted tiene otro empleo o responsabilidades personales que le impiden u obstaculizan la prestación de los servicios definidos en el Plan de Servicio;
- Vive muy lejos de su empleador para poder prestar los servicios según se establece en el Plan de Servicio;
- El/los prestador/es de cuidados médicos de su empleador u otras personas idóneas manifiestan que usted no cuenta con las habilidades necesarias para brindar el cuidado de manera adecuada;
- Tiene antecedentes de violencia familiar, restricciones de contacto o conductas delictivas;
- Abusa del alcohol o de las drogas.

El Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador debe rechazar un contrato en los siguientes supuestos:

- Usted es cónyuge de su empleador (a menos que su cónyuge reciba servicios para tareas domésticas);
- Ha sido condenado por ciertos delitos;
- Ha abusado, descuidado, abandonado o explotado a un adulto o niño;
- Se le ha rechazado, suspendido, revocado o ha concluido una licencia, certificación o contrato para el cuidado de niños o de adultos vulnerables por no cumplir con las reglas federales o estatales;
- Ya se encuentra cumpliendo con las necesidades de su futuro empleador de manera informal;
- El Administrador de Caso o el Asistente Social ha evaluado al futuro empleador y ha determinado que no necesita cuidado personal;
- No ha sido contratado por el cliente de DSHS.



CÓMO COBRAR

PLANILLAS DE CONTROL DE HORAS DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL

(DSHS 15-051X)

La *Planilla de Control de Horas del Proveedor Individual* se utiliza para registrar el número de horas que trabaja cada día. Completar su *Planilla de Control de Horas* debe convertirse en parte de su rutina diaria. El Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador pedirá ver la *Planilla de Control de Horas* completada.

Usted y su empleador deben revisar la *Planilla de Control de Horas* para que sea correcta y firmarla al finalizar cada mes. Estas *Planillas de Control de Horas* le brindan protección y una manera de rendir cuentas. Las Planillas de Control de Horas:

- Son un registro de su trabajo;
- Ayudan a reducir los malos entendidos entre usted y su empleador respecto de las horas, días y trabajos realizados; y
- Sirven para que el Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador controlen las horas y las tareas que comprenden el servicio.

Su empleador le dará varias *Planillas de Control de Horas*. Las *Planillas de Control de Horas* han sido traducidas a varios idiomas. Consulte con el Administrador de Caso o con el Asistente Social de su empleador si desea solicitar *Planillas de Control de Horas* en otro idioma.

Entréguele una copia de su *Planilla de Control de Horas* a su empleador y conserve una copia para sus propios registros.

Si no completa las *Planillas de Control de Horas* de manera correcta y/o consistente puede producirse un retraso o rechazo en el pago o una posible terminación de su contrato.

Completar su *Planilla de Control de Horas* debe ser parte de su rutina diaria de trabajo.



Para poder cobrar a DSHS, debe completar la planilla de control de horas.



CÓMO COMPLETAR LA PLANILLA DE CONTROL DE HORAS

- Escriba en letras de imprenta el nombre de su empleador en la fila superior del formulario en el casillero "CLIENT/EMPLOYER NAME" (NOMBRE DEL CLIENTE/EMPLEADOR);
- Escriba en letras de imprenta su propio nombre en el casillero "INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME" (NOMBRE DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL);
- Complete el mes calendario en el casillero "MONTH" (MES) y el año en el casillero "YEAR" (AÑO);
- Escriba la hora en que comenzó a trabajar en el casillero "TIME SERVICE BEGAN" (HORA DE COMIENZO DE SERVICIO) en la fila "A" debajo del número que representa el día del mes. Recuerde escribir AM o PM;
- Escriba la hora en que dejó de trabajar en el casillero "TIME SERVICE ENDED" (HORA DE FINALIZACIÓN DEL SERVICIO) en la fila "B";
- Escriba el total de horas correspondientes a ese día en la fila "C";
- Escriba el número de millas que transportó a su empleador ese día (si corresponde);
- Repita este procedimiento cada día que trabaje durante el mes;
- Al final del mes, sume los totales de las horas trabajadas de la fila "C" y escriba el total en la columna "Totals" (Totales).
- Verifique todas las tareas de cuidado personal enumeradas en el formulario que ha llevado a cabo según lo establecido en el Plan de Servicio durante ese mes.
- Luego de completar el formulario, pídale a su empleador que verifique que sea correcto. Si su empleador acepta las horas trabajadas, deberá firmar en "CLIENT'S SIGNATURE" (FIRMA DEL CLIENTE).
- Firme su nombre en "INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE" (FIRMA DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL).
- Use su Planilla de Control de Horas para completar su Factura de Servicios del SSPS con exactitud.
- Conserve una copia para sus propios registros (durante dos (2) años) y entréguele una copia a su empleador para sus archivos.

Las Planillas de Control de Horas se encuentran disponibles en Camboyano, Chino, Coreano, Laosiano, Ruso, Somalí, Español y Vietnamita. Hable con su administrador de caso si le sirviera de ayuda obtener las planillas de control de horas en uno de estos idiomas.



AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
INDIVIDUAL PROVIDER TIME SHEET

ADSA Aging & Disability Services Administration

CLIENT/EMPLOYER NAME Smith, Cheryl		INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME Paris, Rita										MONTH July	YEAR 2005				
Day of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	TIME SERVICE BEGAN	8 A	10 A	10 A	9 A	9:30 A	9:30 A	9:30 A			9 A	9 A	9 A	8 A			
B	TIME SERVICE ENDED	3 P	1 P	1 P	3 P	1:30 P	1:30 P				3 P	3 P	3 P	4 P			
C	TOTAL HOURS EACH DAY	7	3	3	6	4	4				6	6	6	8			
D	MILEAGE																
Day of Month		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A	TIME SERVICE BEGAN		10 A	10 A	9 A			9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B	TIME SERVICE ENDED		1 P	1 P	3 P			2:30 P	2:30 P	3 P	1:30 P		1:30 P				
C	TOTAL HOURS EACH DAY		3	3	6			5	5	6	4		5				90
D	MILEAGE																

CHECK TASKS PERFORMED DURING MONTH

- Meal Preparation
- Eating
- Escort/Transport to Medical
- Dressing
- Personal Hygiene
- Bed Mobility/Positioning
- Walking/Locomotion
- Transfer
- Application of Lotion/Ointment
- Bathing
- Toileting
- Toenails Trimmed
- Housework
- Wood Supply
- Dry Bandage Change
- Essential Shopping
- Medication Management
- Passive Range of Motion Treatment

INSTRUCTIONS

- A. Enter time service began - indicate AM or PM as appropriate.
 - B. Enter time service ended - indicate AM or PM as appropriate.
 - C. Enter total hours worked each day.
 - D. Mileage: All miles traveled transporting or shopping for a client when authorized per SSPS.
- DO NOT send these time sheets to Case Managers. Keep completed time sheets in our records for two (2) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment.**

CLIENT'S SIGNATURE

Cheryl Smith

INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE

Rita Paris

Los buenos cuidadores son:

- Independientes
- Tolerantes
- Alertas y atentos
- Auto disciplinados
- Constantes
- Personas que disfrutan de ayudar a los demás
- Bondadosos
- Compasivos
- Pacientes
- Responsables
- Personas listas para resolver problemas



AVISO DE SERVICIOS SOCIALES DEL SSPS (DSHS 14-259X)

Se le envía un Aviso de Servicios Sociales del SSPS en los siguientes casos:

- la primera vez que se autorizan los servicios;
- hay cambios en los servicios autorizados o en los pagos;
- su empleador ya no cumple con los requisitos necesarios para recibir los servicios y su puesto finaliza.

El *Aviso de Servicios Sociales del SSPS* muestra el tipo y el número total de **unidades de servicio** que se le autoriza prestar cada mes a su(s) empleador(es). Las unidades se expresan en horas (HR), o millas (MI).

Cuando reciba una *Carta de Servicios Sociales del SSPS*, verifique que la siguiente información sea la correcta:

- Su nombre;
- Su dirección postal;
- Unidades de servicio (HR, MI);
- Monto del pago.

Si cualquiera de estos datos fuera incorrecto, póngase en contacto de inmediato con el Administrador de Caso o con el Asistente Social autorizado para corregir el error. Si no informa de estos errores, es probable que el pago no sea el correcto. El nombre y el número telefónico de la persona que deberá llamar aparecen en la parte inferior de *l Aviso de Servicios Sociales del SSPS*.



Social Services Notice

Local Office Name
Address

Date

Provider Number
Provider Name
Address

Authorization Number

THIS IS TO NOTIFY YOU THAT:

1. AUTHORIZATION FOR **Provider Name** TO PROVIDE COPES FOR **Client Name** IS CHANGED OR UPDATED TO THE FOLLOWING:

SERVICE IS APPROVED FROM 07-07-03 THROUGH 05-31-04. THE RATE IS \$x.xx PER HOUR FOR UP TO 90 HOURS PER MONTH FOR A MAXIMUM OF \$xxx.xx PER MONTH.

- YOU WILL RECEIVE A SERVICE INVOICE EACH MONTH. FILL OUT THE INVOICE ACCORDING TO THE INSTRUCTIONS.
- SOCIAL SECURITY AND MEDICARE TAXES WILL BE WITHHELD FROM EMPLOYEE WAGES. THE STATE OF WASHINGTON PAYS THE EMPLOYER'S SHARE ON BEHALF OF **Provider Name**, THE EMPLOYER.
- PAYMENT OF THIS SERVICE WILL GENERATE A W-2. FICA TAXES WILL BE REFUNDED AFTER YEAR-END WHEN ANNUAL PAYMENT FOR SERVICE TO ONE CLIENT IS UNDER THE YEARLY FICA LIMIT. INCOME TAX IS NOT WITHHELD.

IF YOU HAVE QUESTIONS, PLEASE CALL **authorized Case Manager or Social Worker** AT **telephone number**.

INFORMATION FOR SERVICE PROVIDER

_____ The information on this notice is confidential. You may not give out information without the
_____ client's written permission.

The client(s) named on the first page of this notice is authorized to receive the service(s) listed for the dates specified. DSHS will not pay for the service(s) provided before the services start date or after the service end date. If the changes are made to this authorization, you will be notified with another social service notice.

Please call the authorization worker identified on the first page of this notice if any information is incorrect.

INFORMATION FOR CLIENT

The information on the first page of this notice tells what services are approved for you or your family.

You must tell the authorizing worker identified on the first page of this notice if:

- There is a change in the person who provides the service;
- There is a change in the amount of service you are receiving;
- Your income or resources change;
- Your address or your provider's address changes.

THE DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS) MAY NOT PAY FOR THE SERVICE UNLESS DSHS APPROVES THE CHANGE AHEAD OF TIME.

If DSHS decides to suspend, reduce, or stop service, DSHS must tell you in writing. You must tell the service provider of this change in service or eligibility.

If you disagree with an action or decision by DSHS, you can request a review. These are steps you must take:

1. Discuss the situation with your worker.
2. Talk with your worker's supervisor.
3. Ask for an administrative review **OR** request a hearing.

If you disagree with a decision, other than an exception to rule/policy, you have the right to request a hearing. You do not have a right to a hearing for an exception to rule/policy decision; however, you may file a complaint in accordance with Chapter 388-426 WAC. You have a limited amount of time to request a hearing before you lose the right to have one. Ask your worker about the time frames and requirements for requesting a hearing and for a copy of any laws or WAC rules that apply to your situation. To request a hearing, write to:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE SERVICES
PO BOX 2465
OLYMPIA WA 98507-2465

FACTURA DE SERVICIOS DEL SSPS (DSHS 08-141)

La *Factura de Servicios del Sistema de Pagos por los Servicios Sociales* (SSPS) se usa para calcular sus unidades de servicio y comunicar estas unidades a DSHS. Las *Facturas de Servicios* del SSPS/DSHS se imprimen el día 22 (o el día hábil más cercano al 22) del mes en curso. Las *Facturas de Servicios* van a la oficina postal el día 22 por la tarde o el día hábil siguiente.

Complete la *Factura de Servicios* para confirmar las horas trabajadas durante el mes. Puede informar estas horas por correo o por teléfono utilizando Invoice Express (ver página 15). No debe llamar ni enviar por correo la *Factura de Servicios* antes de saber cuáles son las horas trabajadas durante el mes.

Las *Facturas de Servicios* informadas a través de Invoice Express o ingresadas al SSPS antes de las 4:30 pm del último día hábil del mes serán procesadas para su pago el primer día hábil del mes **siguiente**. Generalmente se le enviará un cheque por correo el segundo día hábil del mes siguiente.

Las *Facturas de Servicios* procesadas antes de las 4:30 pm cada día hábil luego del primer día hábil del mes siguiente posterior a la prestación de servicios, se procesarán y enviarán el siguiente día hábil.

No se envían ni se procesan cheques por los servicios prestados en el mes en curso. Por ejemplo, si el 24 de mayo solicita el pago de las horas correspondientes al mes de mayo, no se procesará el cheque por estos servicios hasta luego del primer día hábil del mes de junio.

Cualquier cambio informado con posterioridad al día 20 del mes de mayo no tendrá efecto hasta el próximo mes.

No llame ni envíe por correo la *Factura de Servicios* antes de saber cuáles son las horas trabajadas.



Bajo ningún concepto se enviarán cheques por los servicios prestados en el mes en curso.

INVOICE

INVOICE NUMBER	PAGE	OF	PAYEE NUMBER
----------------	------	----	--------------

PROVIDER NUMBER: _____ FOR MONTH ENDING:

10-31-05

HOW TO PROCESS YOUR INVOICE

Telephone invoice Express at 1-888-461-8855 and follow the instructions (recommended).

OR

Follow the instructions sent with this form. **Attach postage stamp(s) before mailing.**



SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

Ejemplo de Factura de Servicios del SSPS

PAYEE

PROVIDER

1	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	COPEX PARTICIPATION	10/01/05 TO 10/31/05	\$160.00	\$160.00	MON	1	
	SERVICE NAME		REFERENCE		MON	1	
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE	COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT	
			3				
2	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
	COPEX PER CARE INDIV	10/01/05 TO 10/31/05	\$828.00	\$9.20	HRS	90	
	SERVICE NAME		REFERENCE				
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
3	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		TO	REFERENCE				
	SERVICE NAME						
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
4	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		TO	REFERENCE				
	SERVICE NAME						
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
5	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		TO	REFERENCE				
	SERVICE NAME						
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
6	SERVICE RECIPIENT	SERVICES PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		TO	REFERENCE				
	SERVICE NAME						
	CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		

GUÍA DE REFERENCIA LABORAL

13

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age, Vietnam era or disabled veterans status, or the presence of any sensory, mental, or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE	PROVIDER SIGNATURE
-----------------	--------------------

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to: _____

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
ISSD DATA CONTROL
PO BOX 45888
OLYMPIA WA 98534-5888

SSPS INVOICE INSTRUCTIONS

DEPENDABLE PAYMENT BY DIRECT DEPOSIT

To eliminate mail problems, use DIRECT DEPOSIT. For an application, write to: SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-4812 or go to: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>. Also, visit Access Washington at <http://access.wa.gov> for more information on government services in Washington State.

● FAST PAYMENT

PHONE IN YOUR INVOICE - PROCESS YOUR INVOICE QUICKLY BY TELEPHONE (Recommended!):

1. Fill out the invoice and sign it. Some services require two (2) signatures.
2. Call Invoice Express toll-free at 1-888-461-8855.
3. Listen carefully. Each time you make an entry, you will hear it repeated and be asked if the number is correct.
4. Stay on the telephone after finishing all items. You may review or directly submit for payment.
5. You will be asked to press the asterisk key when finished. You will then hear a confirmation message.
6. IMPORTANT: Do not hang up until you hear the message that your invoice was successfully submitted.
7. Keep the invoice and remittance advice.

NOTE:

- Use a touch-tone telephone.
- Enter zero only when you should **NOT** be paid.
- Do **NOT** mail your invoice after calling Invoice Express.
- If you phone in an invoice already processed, you will hear a message that processing has already occurred.

● PAYMENT BY PHYSICAL MAIL

MAIL IN YOUR INVOICE - Process your invoice by mail with your own postage. Fill out the invoice as follows. Make a copy for your records.

WHITE BOXES

Authorized Rate: DO NOT FILL IN THIS BOX UNLESS YOU ARE CLAIMING A RATE LOWER THAN IS PRINTED.

School Holiday Care: This box is only for hourly child care for a school age child when you have provided care during school holidays. Enter the number of extra hours of care you provided during school holidays.

BOLDED BOXES

Service Unit: Each (EA), Hour (HR), Day (DA), and Mile (MI) are preprinted and cannot be changed.

If the Service Unit is MONTH (MON) and you provided service for the full SERVICE PERIOD enter MON in the bolded Service Unit box. If you are claiming less than the full SERVICE PERIOD, enter DA for Day in the service unit box. Then enter the number of days care was provided in the Total Units box. **NOTE:** If you enter DA in the Service Unit box and then claim more days than are in the service period, the invoice will reject, preventing payment until correction.

Total Units: Enter the number of units provided. If service was not provided, enter 0. For a daily service, count every day, including the begin day and the end day. For example: 6-10 - 6-20 is 11 days, not 10.

ENTER WHOLE NUMBERS ONLY (no fractions or decimals).

SIGNATURE BOXES

Payee: A SIGNATURE IS ALWAYS REQUIRED.

Provider: The Social Service Notice will tell you when two signatures are required.

CAUTION

- Do **NOT** leave a bolded box blank or the invoice will be mailed back to you, delaying payment.
- Do **NOT** send notes or attach anything to the invoice.
- Do **NOT** cross out pre-typed information.
- Do **NOT** write in changes other than those specifically allowed for above.
- **PUT POSTAGE ON THE ENVELOPE BEFORE MAILING.**

Why isn't my payment any quicker than it is?

According to the state constitution, the state cannot pay for a service until the service is complete. Payment to a vendor is considered timely if made within 30 days of the receipt of a properly completed invoice plus mail time, according to RCW 39.76.010. **SSPS makes it a top priority to not only pay faster than required, but to pay as fast as is technically and legally possible.** The social service worker does need to authorize services within deadlines to have an invoice generated.

For more information on SSPS, visit our web site at: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>. For Washington State government information and services, visit <http://access.wa.gov>.



INVOICE EXPRESS

Invoice Express (Factura Express) es una manera fácil y rápida de presentar su *Factura de Servicios del SSPS* para exigir el pago de la misma.

Invoice Express le permite:

- Ingresar su *Factura de Servicios* por teléfono en cualquier momento;
- Evitar cualquier retraso al enviar su *Factura de Servicios* por correo;
- Llamar el último día del mes (antes de las 4:30 pm) para registrar sus horas y recibir su cheque más rápido que si enviara la factura el último día del mes;
- Corregir errores instantáneamente en cualquier momento antes de presionar la tecla *. Una vez que recibe el mensaje que indique que la operación ha sido satisfactoria será demasiado tarde para hacer cambios;
- Llamar para confirmar que su *Factura de Servicios* ha sido procesada antes del primer día del mes.

Con Invoice Express no puede:

- Bajar su tarifa. No están permitidos los cambios de tarifas por teléfono (envíe por correo su *Factura de Servicios* si hay cambios en las tarifas);
- Ingresar una *Factura de Servicios* por segunda vez.

Invoice Express es una manera fácil y rápida de presentar su Factura de Servicios del SSPS para exigir el pago de la misma.

CÓMO UTILIZAR INVOICE EXPRESS

Complete el formulario de *Factura de Servicios del SSPS* antes de llamar. Utilícela como ayuda para informar las unidades de servicios prestados. Conserve el papel de la *Factura de Servicios del SSPS* para sus registros. **Llame al 1-888-461-8855.**



The fast, easy way to submit your SSPS invoice for payment!

Use your invoice to report services by telephone

- 1** Your first question to answer when calling Invoice Express is whether your invoice is Regular or Supplemental. The answer to that question is found here.
- 2** You will be asked to use the numbers on your telephone to enter the first 3 digits and then the 6 digits after the letter and dash of your Invoice Number.
- 3** To make sure no other person can get to your invoice by telephone, you will be asked to enter the payee number shown in this gray shaded box.
- 4** Invoice Express will read the last 4 digits of your reference number, so that you will know which line you are on.
- 5** The lines will be read to you starting with 0001, until you have entered the number of units you have served or a 0 on all service lines.
- 6** Invoice Express will read to you the type of service unit. In the case of months (MON), you will be able to report either a full month or a partial month by reporting the number of days served (DA).
- 7** When you are asked to enter the units, use the numbers on your telephone number pad.

INVOICE SUPPLEMENTAL **INVOICE NUMBER** **REFERENCE NUMBER**

001 - 001 99999 95-11-01

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

INSTRUCTIONS TO FINDER:

1. Fill in all black ink (once on all lines with services).
 2. Do not send notes or attachments. Any notes or attachments will be returned to you and payment will be delayed.
 3. Sign the invoice and keep the blue copy for your records.

FROM: **TO:**

Rardin, Florida Rardin, Florida
 401 W Milan St 401 W Milan St
 Spokane, WA 99223 Spokane, WA 99223

LINE	UNIT	DATE	AMOUNT	UNIT	DATE	AMOUNT	UNIT	DATE	AMOUNT
1	CHARLES CHAY	05/01/99	4000.42	0-18	05	111			
	PS RESPITE CARE-HOURLY	05/31/99	001-01-0001						
	459432422	2995441-01	2	ZONCFO	051	0700			
2	CHARLES CHAY	05/01/99	410.23	0-11	05	111			
	ODD PS TRAMP - MILES	05/31/99	602-02-0002						

* These are the bolded boxes on your invoice.

CÓMO ENVIAR SU FACTURA DE SERVICIOS DEL SSPS POR CORREO

Si prefiere enviar por correo su *Factura de Servicios del SSPS*, revise las instrucciones que se le envían por correo cada mes junto con su *Factura de Servicios*. Espere 14 días hábiles a partir del momento en que envió la *Factura de Servicios* para recibir el cheque.

Envíe su Factura de Servicios del SSPS a:

Attn: ISSD Data Control
 P.O. Box 45889
 Olympia, WA 98504

Puede tardar hasta seis semanas para que comience el depósito directo a partir del envío de su solicitud.

DEPÓSITO DIRECTO

El Sistema de Pagos de Servicios Sociales (SSPS) le permite depositar su dinero directamente a su caja de ahorros o a su cuenta corriente. Puede elegir depósito directo en lugar de recibir los cheques por correo.

Una vez establecido, el depósito se efectúa dentro de los cinco días hábiles del mes una vez ingresada con éxito al sistema la *Factura de Servicios*.

La mayoría de las personas pueden utilizar el depósito directo. Es posible que no pueda utilizarlo si:

- Su cheque llega a nombre de otra persona, como un agente cobrador precautorio o la persona de la que usted cuida;
- Sus ingresos están embargados;
- Cambia frecuentemente de cuenta bancaria;
- No mantiene el mínimo requerido por el banco.

Deberá completar y enviar diversos formularios y necesitará información de inscripción si desea recibir los pagos de DSHS a través de depósito directo. Hay diferentes maneras de conseguir los formularios y la información de inscripción. En Internet, dirijase a <http://asd.dshs.wa.gov/ssps/> y haga clic en "Direct Deposit".

También puede pedirle al Administrador de Caso o al Asistente Social de su empleador un folleto sobre depósito directo de DSHS (DSHS 22-361X). Hay un formulario para desprender dentro del folleto para solicitar los formularios necesarios y la información de inscripción. Puede tardar hasta seis semanas el comienzo del depósito directo a partir del envío de su solicitud.

O, puede enviar una carta solicitando esta misma información. En la carta DEBE incluir la siguiente información:

- Su interés en los formularios de depósito directo y en la información de inscripción;
- Número de proveedor del SSPS;
- Su nombre;
- Dirección;
- Ciudad/estado/código postal;
- Número telefónico incluyendo el código de área.

Puede elegir depósito directo en lugar de recibir los cheques por correo.

Envíe su solicitud a:

Department of Social and Health Services
 Attn. SSPS
 P.O. Box 45812
 Olympia, WA 98504-5812

CÓMO PEDIR AYUDA

Si tiene preguntas acerca de cómo cobrar, revise todo el material de esta sección (consulte las páginas 6 a la 20). Es posible que encuentre las respuestas sin que sea necesario llamar a nadie. Si luego de volver a leer esta sección no sabe qué hacer, póngase en contacto con el Administrador de Caso o con el Asistente Social de su empleador.

Póngase en contacto con el Administrador de Caso o con el Asistente Social de su empleador cuando:

- Tenga preguntas acerca de cómo completar su *Factura de Servicios del SSPS*;
- Tenga preguntas acerca de las unidades de servicio que aparecen en la *Factura de Servicios del SSPS*;
- Falte el nombre o servicio de una persona autorizada;
- Aparece el nombre de una persona autorizada en la *Factura de Servicios del SSPS* pero NO la persona de la que usted cuidó y/o se espera que la persona NO regrese a su hogar;
- No haya recibido la *Factura de Servicios del SSPS* correspondiente al mes actual trabajado y es el último día hábil de dicho mes.
- Cambia su nombre o su domicilio.

Recuerde:

- No puede aumentar horas de servicio sin que el Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador efectúe los cambios pertinentes a su Plan de Servicio;
- No podrá cobrar las horas adicionales que no hayan sido autorizadas por el Administrador de Caso o por el Asistente Social.

PROBLEMAS COMUNES Y SOLUCIONES PARA RECIBIR SU CHEQUE

¿Qué ocurre si mi Factura de Servicios está mal?

Si recibe una *Factura de Servicios del SSPS* que no enumera todos los servicios que le fueron autorizados o si la tarifa por el servicio es menor o por un período inferior al trabajado, llame al Administrador de Caso o al Asistente Social de su empleador. El(los) servicio(s) debe(n) aparecer en la *Factura de Servicios del SSPS* antes de poder cobrar su prestación.

Se podrán reenviar las facturas pero no los cheques. Comuníquese de inmediato cualquier cambio en su nombre o en su domicilio.

Se considera que su Factura de Servicios del SSPS ha llegado tarde si no la recibió antes del último día del mes.

No se envían los pagos por servicios dentro del mes en curso antes del segundo día hábil del mes siguiente.



¿Qué ocurre si no recibo mi *Factura de Servicios del SSPS*?

Se considera que ha llegado tarde su *Factura de Servicios del SSPS* si no la recibió antes del último día del mes. Si la *Factura de Servicios* llega tarde, póngase en contacto con el Asistente Social o con el Administrador de Caso de su empleador.

¿Qué ocurre si pierdo mi *Factura de Servicios del SSPS*?

Para solicitar un duplicado de la *Factura de Servicios del SSPS*, póngase en contacto con el Asistente Social o con el Administrador de Caso de su empleador.

¿Qué ocurre si mi cheque llega tarde?

Si envía su *Factura de Servicios del SSPS* por correo, cuente cinco días hábiles a partir del momento en que envía su *Factura de Servicios* para que la misma pueda recibirse y procesarse en Olympia. Luego del primer día del mes, las *Facturas de Servicios* procesadas antes de las 5 pm de cualquier día hábil generalmente se envían dentro de los dos días hábiles. Tenga en cuenta las demoras del correo al calcular si ha llegado tarde el cheque.

Recuerde, **nunca se envían los pagos por servicios prestados dentro del mes en curso antes del segundo día hábil del mes siguiente.**

Consulte la sección "Factura de Servicios del SSPS (DSHS 08-141)" en la página 12 en donde encontrará una explicación de cuándo debe esperar que llegue el pago al utilizar Invoice Express.

¿Puedo llamar yo mismo a SSPS?

No. Llame al Administrador de Caso o al Asistente Social de su empleador.

¿Qué ocurre si mi cheque se pierde?

Si su cheque se pierde, el Asistente Social o el Administrador de Caso de su empleador le pedirá que firme una declaración jurada de Pérdida, Robo o Destrucción (DSHS 09-13x), y que la haga autenticar por escribano. No recibirá un cheque duplicado hasta al menos 30 días a partir del día en que se emitió el primer cheque.

¿Qué ocurre si mi cheque está mal?

Llame al Administrador de Caso o al Asistente Social de su empleador:

¿Qué ocurre si presento mi *Factura de Servicios del SSPS* por teléfono o por correo y luego descubro que los servicios prestados fueron más o que trabajé más horas que las registradas?

Póngase en contacto con el Administrador de Caso o con el Asistente Social de su empleador.

¿Qué ocurre si cambio mi domicilio?

Para evitar demoras en su pago, llame de inmediato al Asistente Social o al Administrador de Caso de su empleador. Brinde la información correspondiente al cambio de domicilio de manera que se pueda actualizar la computadora del SSPS. Recuerde, la oficina postal reenviará las facturas a un domicilio nuevo pero no los cheques.

¿Me pagarán cuando mi empleador se ausente por vacaciones, cuando esté en un hogar de reposo o en el hospital?

No.

AVISO DE REMESA DEL SISTEMA DE ÓRDENES - (DSHS 07-071)

Se le enviará un formulario de Aviso de Remesa del Sistema de Órdenes junto con su cheque (DSHS). Éste brinda un registro de los pagos de DSHS. Consérvelos para sus registros.

Si utiliza depósito directo, recibirá un Aviso de Remesa de Transferencia Electrónica de Fondos cerca del día en que el dinero ingresa a su banco.

Información general sobre el empleo

IMPUESTOS

La mayoría de los Proveedores Individuales reciben pagos tanto de DSHS (en nombre de su empleador) como directamente del empleador (participación del empleador). DSHS no retiene el Impuesto Federal sobre la Renta respecto de ninguno de estos pagos.

Recibirá una declaración de sueldo W-2 de DSHS antes del final del año (si percibió ingresos durante ese año calendario). Esta declaración de sueldo W-2 incluye únicamente los pagos que usted recibe directamente de DSHS en nombre de su empleador durante dicho año. El monto que recibe directamente del empleador no estará incluido.

Para obtener información acerca de cómo pagar sus impuestos federales sobre la renta, que pueden incluir pagos de impuestos estimados trimestralmente, llame al Departamento de Rentas Internas (IRS) de lunes a viernes de 8:15 a.m. a 4:15 p.m.

- Información del IRS: 1-800-829-1040
- Formularios del IRS: 1-800-829-3676
- Sitio en la red del IRS: www.irs.gov

Para evitar demoras en el pago, llame de inmediato al Administrador de Caso de su empleador si su domicilio postal cambia.

Para información sobre el impuesto a la renta, llame al Departamento de Rentas Internas (IRS) al 1-800-829-1040

Aunque DSHS no sea su empleador, DSHS (con determinadas excepciones) es un Tercero Pagador responsable de retener y pagar los impuestos del Seguro Social y de Medicare (FICA) a partir de los montos abonados por DSHS en nombre de su empleador.

DSHS (con ciertas excepciones) también es el Tercero Pagador responsable del pago de los Impuestos de Desempleo Federales y del Estado (FUTA/SUTA).

Su empleador puede ser responsable además de retener los impuestos del Seguro Social y de Medicare correspondientes a los montos que su empleador le pague directamente.

OTRAS DEDUCCIONES DE SU SUELDO

Los honorarios para el sindicato SEIU y sus contribuciones de empleado hacia el seguro de salud y al departamento de Labor e Industrias (L & I) se deducirán de su sueldo todos los meses.

CÓMO OBTENER EVIDENCIA DE SUS INGRESOS

Usted deberá formular la solicitud para la evidencia de ingresos de manera directa y por escrito. No podrá obtener evidencia de sus ingresos del Asistente Social o del Administrador de Caso de su empleador.

Envíe su solicitud por escrito a:

SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO

Si su empleo como Proveedor Individual concluye, puede presentarse ante el Departamento de Seguridad de Empleo (ESD) para recibir los beneficios de compensación por desempleo. Debe además cumplir con cualquiera de las reglas del ESD. Use el nombre y el domicilio de su empleador al presentar los formularios del ESD. DSHS, la Agencia de Área para Ancianos, y sus empleados no son sus empleadores.

SEGURO DE SALUD – Fondo de Beneficios de Salud para Empleadores Múltiples de la Sede 775 del SEIU

A partir de febrero de 2005, el Fondo de Beneficios de Salud para Empleadores Múltiples del SEIU ofrecerá a los trabajadores únicamente beneficios de atención a la salud, dental y para la visión para proveedores individuales elegibles con un co-pago de \$17.00 por mes. Para calificar, deberá trabajar al menos por tres meses consecutivos, un mínimo de 86 horas por mes y no calificar para recibir beneficios de atención a la salud por medio de otra cobertura familiar u otra cobertura por empleo. También se puede obtener la cobertura de Medicare para los proveedores individuales elegibles a través del Fondo.



El Fondo de Beneficios de Salud para Empleadores Múltiples del SEIU establece otros requisitos de elegibilidad, beneficios e inscripción. El pago de su prima de \$17 por mes se deducirá de su salario básico una vez que se haya inscrito y haya reunido los requisitos de elegibilidad.

Comuníquese gratuitamente con el Fondo al **1-866-771-7359** o visite <http://www.SEIU775.org> para obtener mayor información acerca de los beneficios ofrecidos.

PLAN BASIC HEALTH

También podría reunir los requisitos para el Plan Basic Health de Washington (BHP). Éste es un plan de seguro de salud patrocinado por el estado. BHP brinda cuidado médico a través de planes de salud privados en todo el estado. Como Proveedor Individual, puede recibir los beneficios de BHP a un costo de \$17.00 por mes. En base al ingreso de su familia, los miembros de su familia también pueden recibir el beneficio. No hay requerimientos en cuanto a si es ciudadano o extranjero. BHP no es un programa de Medicaid.

Los requisitos de este programa son:

- Sus ingresos y los ingresos de otros miembros de su familia deben cumplir con las pautas de ingresos;
- No debe ser elegible para recibir los beneficios de Medicare;
- Debe ser residente del Estado de Washington (se debe presentar evidencia que demuestre su residencia).

Llame al **1-800-826-2444** para recibir una guía para el consumidor y los cuadros que muestran la prima que deberá abonar y una solicitud o visite <http://www.BasicHealth.hca.wa.gov>.

Debe notificar por escrito como mínimo con dos semanas de anticipación antes de renunciar.

No puede abandonar ni dejar a su empleador sin que cuente con la posibilidad de obtener cualquiera de las necesidades vitales básicas.

Es decisión de su empleador ofrecer referencias laborales de usted.

COMPENSACIÓN LABORAL

Los proveedores individuales están cubiertos por el seguro de compensación laboral a través del Departamento de Labor e Industrias del Estado de Washington. Esto quiere decir que puede presentar un reclamo para obtener beneficios por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el empleo.

Si necesitara atención médica de inmediato, diríjase al hospital más cercano o atiéndase con su doctor de cabecera. Comuníquese al doctor que su lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo y cerciórese de llenar el formulario "Informe de Lesión o Enfermedad Ocupacional".

La compañía Sedgwick CMS administra todos los reclamos de compensación laboral de los proveedores individuales. Llámelos gratuitamente al **1-866-897-0386** si se lesiona en el trabajo. Para obtener mayor información o si tuviera preguntas respecto a la compensación laboral o a la capacitación de seguridad, llame a la Autoridad de Atención de Calidad en el Hogar al 1-866-580-4272.

SI ABANDONA SU EMPLEO

Debe notificar por escrito como mínimo con dos semanas de anticipación antes de renunciar a su trabajo con el empleador. Deberá cumplir con los horarios asignados hasta que concluya el período establecido en la notificación. Dejar a su empleador solo y sin la asistencia necesaria puede ser considerado abandono de persona y constituye una acción contraria a la ley.

Debe notificar por anticipado de su renuncia a:

- Su empleador y/o al representante legal de éste. **Esto debe hacerse por escrito.**
- El Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador; cualquier otra persona u organización que su empleador requiera o sea requerido notificar.

REFERENCIAS Y VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Es decisión de su empleador ofrecer referencias laborales de usted. Es mejor conseguir una referencia de empleo por escrito de su empleador. Por lo general son necesarias las referencias laborales porque el estado de salud de su empleador puede cambiar, puede mudarse a un entorno residencial o morir y ya no serán necesarios sus servicios. Piense en la posibilidad de conseguir una referencia laboral mientras su empleador se encuentre en condiciones de dársela. Hágale saber a su empleador que no tiene intenciones de irse ahora sino que está pensando en el futuro.

Las personas que necesiten verificar su empleo o su estado de ingresos (para solicitudes de préstamo o de vivienda) deben dirigirse a sus empleadores. El Asistente Social, Administrador de Caso o cualquier representante del Estado de Washington no pueden hacer esto por usted.

CUÁNDO PUEDE TERMINAR SU CONTRATO

Hay ciertas condiciones o situación que producen la terminación de su contrato con DSHS. Su contrato se puede dar por terminado si su capacidad o deseo de brindar el cuidado de manera adecuada pone en peligro la salud, seguridad o bienestar de su empleador (ver Código Administrativo de Washington (WAC) 388-71-0500 hasta 05952 para más información).

Ejemplos de circunstancias en las cuales su empleador o el Administrador de Caso o el Asistente Social de su empleador puede dar por terminado el contrato:

- Su empleador da por terminado su contrato;
- Usted es condenado durante el término de su empleo por delitos que lo descalifican para prestar los servicios;
- Existe evidencia que demuestra violencia familiar, abuso, negligencia, abandono, o explotación de un menor o de un adulto vulnerable;
- No completa los requerimientos de capacitación necesarios dentro de los plazos requeridos;
- Utiliza o se encuentra bajo la influencia del alcohol o de drogas ilegales durante las horas de trabajo;
- Su comportamiento hacia su empleador o hacia otras personas que se encuentren en su domicilio pone en riesgo de daño a su empleador;
- Un informe del proveedor de atención médica de su empleador manifiesta que la salud de su empleador está siendo afectada de manera negativa como consecuencia de la atención inadecuada recibida de usted;
- No presta los servicios esenciales según se especifica en el Plan de Servicio de su empleador, tales como medicaciones o suministros médicos;
- Se recibe una queja de su empleador o de su representante diciendo que su empleador no está recibiendo el cuidado adecuado de usted.

Las agencias del estado adoptan las reglas, también conocidas como Código Administrativo de Washington (WAC), para implementar la legislación federal y del estado.

Se puede leer el WAC:

- Dirigiéndose al sitio de Internet de DSHS en: <http://www.leg.wa.gov/wac/>;
- Visitando la biblioteca pública local y pidiendo ayuda allí;
- Pidiéndole una copia al Administrador de Caso o al Asistente Social de su empleador.





Referral and Workforce Resource Centers (Centros de Derivación y Recursos de Workforce) se encuentran en los siguientes condados: Spokane, Ferry, Pend Orielle, Stevens, Whitman, Snohomish, Lewis, Thruston y Mason. Los Centros ofrecen un servicio de registro de derivaciones para las personas que busquen trabajo como proveedor individual. Además, estos Centros ofrecen instrucción para personas de la misma edad y oportunidades para el desarrollo profesional.

Los proveedores individuales deberían contactar al Coordinador de Registro al 1-800- 970-5456 si están interesados en obtener mayor información.

Toda información contenida en la presente Guía de Referencia no constituye ni implica un contrato de empleo ni establece las bases para un empleo continuo como un proveedor individual. Si existiese un conflicto entre la información contenida en esta Guía de Referencia y su contrato, en ese caso prevalece lo que esté escrito en su contrato.

DSHS no discrimina al servir o contratar a personas por raza, color, origen, sexo, orientación sexual, edad, religión, credo, estado civil, discapacidades, o por ser Veteranos de la guerra de Vietnam, o por la presencia de cualquier discapacidad física, mental o sensorial.

Para conocer más acerca del cuidado y de temas relacionados con la atención prolongada visite:

www.adsa.dshs.wa.gov

Donde encontrará:

- Folletos y manuales gratuitos sobre el cuidado y temas relacionados con la atención prolongada.
- Más información sobre el Programa de Apoyo al Cuidador Familiar.
- Números telefónicos y direcciones de oficinas locales que trabajen con personas mayores.
- Una lista de los hogares para adultos en familia, pensiones u hogares de reposo por condado.
- Preguntas frecuentes y respuestas acerca del cuidado prolongado.

Cómo ordenar publicaciones

Puede ordenar este folleto y otras publicaciones de DSHS a través de la Tienda General del Departamento de Imprenta (DOP). Diríjase al sitio en la red del DOP en:

www.prt.wa.gov

Puede ordenar publicaciones además por los siguientes medios:

- Por correo electrónico escribiendo a fulfillment@prt.wa.gov
- Por teléfono llamando al (360) 586-6360
- Por fax llamando al (360) 586-6361

Recuerde incluir el nombre de la publicación, el número de publicación (DSHS 22-xxx), y un nombre y domicilio de contacto al enviar pedidos por correo electrónico, teléfono o fax.